

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

563

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

E. P. René DUCHASSAING

Né le 22 juin 1911, à Blot-l'Église (Puy-de-Dôme)

Contribution à l'Étude
des

Ulcères gastro-duodénaux
doubles et multiples

Président : M. CHIRAY, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

E. P. René DUCHASSAING

Né le 22 juin 1911, à Blot-l'Église (Puy-de-Dôme)

Contribution à l'Étude
des

Ulcères gastro-duodénaux
doubles et multiples

Président : M. CHIRAY, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ. . .	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

*L'exemple de leur vie, toute de labeur
et de droiture, sera pour moi le guide le
plus sûr.*

A MON PÈRE

*Qui fit de moi un médecin.
Hommage modeste de mon affection et
de ma profonde reconnaissance.*

A MA MÈRE

*En reconnaissance de la tendresse si
attentionnée dont elle m'a toujours en-
touré et en témoignage de mon amour
filial.*

A MON ONCLE

MONSIEUR LE DOCTEUR EDMOND LAROCHE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

*Praticien expérimenté, dont les conseils
et l'affection me sont particulièrement
chers.*

A TOUS LES MIENS

A MON SYMPATHIQUE ET EXCELLENT AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ ECK

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
Officier de l'Instruction Publique

En témoignage de ma profonde amitié.

A MES AMIS ET EN PARTICULIER

GUY HÉCQUET

Pharmacien à Hersin-Coupigny

RAYMOND DUPENLOUP

Ingénieur Ecole Centrale des Arts et Manufactures

GRABARSKY

Etudiant en Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHIRAY

Professeur d'Hydrologie thérapeutique et Climatologie
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommage de notre gratitude et de
notre profond respect.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

Médecin honoraire des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'honneur

Avec ma vive reconnaissance pour l'enseignement que j'ai reçu de lui, la bienveillance qu'il m'a témoignée.

Sa science et sa bonté me serviront toujours d'exemple.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CHÊNE

**Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin-Assistant de la Consultation de Gastro-entérologie
de l'Hôpital Saint-Louis**

*En faible témoignage de ma profonde
reconnaissance pour l'intérêt qu'il a
accordé à ma formation médicale et à
l'élaboration de cette thèse.*

*Il a été pour moi plus qu'un Maître. Je
n'oublierai jamais la haute valeur scienti-
fique et morale et l'heureux résultat des
soins que ma mère a reçus de lui, dans
des heures particulièrement graves.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS BAZY

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

*En témoignage de reconnaissance pour
les facilités que j'ai trouvées dans son
Service pour l'établissement de ce travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SYLVAIN BLONDIN

Chirurgien des Hôpitaux

*Avec toute ma gratitude pour l'éminent
concours que ma famille a trouvé auprès
de lui.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

J. PAUTRAT

Chef de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

JEAN JUDET

Chef de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

CHARLES JACQUELIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

*Avec toute ma gratitude pour l'intérêt
qu'ils m'ont témoigné.*

A MES MAITRES DES HÔPITAUX

Ordre chronologique :

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

MONSIEUR LE DOCTEUR F. RAMOND

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉVY-SOLAL

MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

Contribution à l'Étude des Ulcères gastro-duodénaux doubles et multiples

I

Introduction.

Durant notre séjour dans le Service de notre Maître le Dr Félix Ramond et à la Consultation de Gastro-entérologie du Service du Dr Louis Bazy, nous avons été frappés par la rareté de l'ulcère double ou multiple diagnostiqué cliniquement et radiologiquement, rareté parfois démentie par l'examen de la pièce opératoire.

Si, d'autre part, nous nous en référons aux statistiques publiées sur la question et particulièrement aux importants travaux de l'Ecole de Lyon nous sommes amenés à constater de notables variations suivant les auteurs.

Aussi, le Dr Paul Chêne ayant bien voulu diriger notre travail et faciliter nos recherches, nous a-t-il paru intéressant de faire le point et, nous livrant à l'étude objective des documents et de nos cas personnels, d'étudier les raisons des divergences d'opinion.

II

Historique.

Dès 1900, à propos des ulcères latents, Dieulafoy rapporte dans la *Semaine médicale*, trois observations d'ulcères doubles découverts à l'autopsie de jeunes femmes mortes de péritonite aiguë par perforation et qui n'avaient présenté pendant la vie aucun trouble gastrique.

En 1904, Gross relève dans la statistique de Brington, 97 cas d'ulcères multiples.

Mayo publie en octobre 1905, dans un journal américain, un cas d'ulcère chronique double de l'estomac et du duodénum attribué par lui à une obstruction duodénale chronique.

Puis, ce sont les statistiques de Fenwick, de Mathieu dans son *Traité de Pathologie digestive*.

Des cas isolés sont aussi publiés par Bouchut et Durand qui présentent en 1913, à la Société des Sciences Médicales de Lyon, un cas d'ulcère duodéno-pylorique coexistant avec deux ulcères de la petite courbure gastrique.

Weiss et Haman rapportent en 1920, à la Société Médicale de Nancy, quatre observations de pièces opératoires présentant à la fois un ulcère calleux de la petite courbure et des ulcérations juxta-pyloriques.

Duverger et Dax publient en 1923, dans le *Journal Médical de Bordeaux*, un cas d'ulcère double du pylore et du cardia.

Jeanne rapporte vers la même époque, dans la *Normandie Médicale*, un cas de double sténose ulcéreuse médiogastrique et pylorique.

La même année, Mathieu signale à la Société de Chirurgie, la découverte à l'intervention, chez un malade atteint de perforation, d'un ulcère minuscule de la face antérieure perforé coexistant avec un ulcère calleux de la face postérieure.

Des auteurs étrangers attirent aussi l'attention sur l'ulcère double et multiple notamment Buckstein qui publie dans un journal de Chicago, en 1925, un cas d'ulcère à la fois gastrique et duodénal et Verbrycke qui fait paraître dans un journal anglais, une étude sur les ulcères multiples et récidivants de l'estomac et du duodénum.

Cependant, ce n'est qu'avec les importants travaux de Delore et ses élèves à Lyon, de Judd et Proctor à New-York, parus à peu près simultanément, que les ulcères doubles et multiples entrent dans le domaine de la clinique.

C'est en effet aux auteurs lyonnais que revient le mérite d'avoir individualisé les différents types cliniques présentés par cette catégorie d'ulcères.

Dans le *Lyon Médical* du 1^{er} novembre 1925, Delore, Compte et Labry rapportent trois observations d'ulcères doubles bi-orificiels, dont deux furent l'objet d'interventions successives, présentant une histoire clinique nettement individualisée. Dans les 3 cas l'ulcère pylorique est le plus ancien et l'ulcère cardiaque est dû à une extension d'une lésion ulcéreuse de la petite courbure haut située. De cette étude, les auteurs sont amenés à tirer des conclusions thérapeutiques particulières à cette forme.

La thèse de Paul Ducroux, en janvier 1926, individualise une nouvelle forme d'ulcères doubles, ceux de la petite courbure coexistant avec un ulcère de la région pylorique. Ceux-ci sont classés par l'auteur :

- 1^o en ulcères doubles spontanés apparus le plus souvent chronologiquement échelonnés, mais dont l'un seul domine la scène par ses manifestations cliniques et souvent même à l'examen radiologique ;
- 2^o en type d' « ulcères à bascule » dans l'évolution desquels une intervention sépare chronologiquement les lésions.

L'étude faite par l'auteur sur cette forme amène celui-ci à penser qu'il puisse y avoir une relation de cause à effet entre les deux lésions d'inégale ancienneté. Enfin, se basant sur l'existence et le siège des sténoses il établit un certain nombre de principes qui détermineront le mode d'intervention.

Dans cette forme se trouve classée la variété décrite par Delore et J. de Girardier dans une communication faite le 9 juin 1926, à la Société Nationale de Médecine. Ceux ci rapportent le cas d'un malade porteur d'un double ulcère à la fois juxta-cardiaque et pylorique. Si sa situation anatomique et ses symptômes le classent avec les lésions ulcéreuses doubles du pylore et du corps de l'estomac, la nature de l'intervention le rapproche des ulcères bi-orificiels.

Depuis ces travaux d'ensemble, de nombreux auteurs ont apporté leur contribution à l'étude des ulcères doubles et multiples.

Dans une communication faite à la Société de Médecine de Paris, le 11 mars 1927, Victor Pauchet note la découverte fréquente de ces lésions multiples à condition d'y penser systématiquement ou même d'être amené par l'ambiance à les rechercher inconsciemment.

Bonnamour et Amic, présentent à la séance du 25 mai 1927, de la Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales, un cas d'ulcère double de l'estomac avec abcès sous-phrénique.

Diodes, la même année, rapporte dans le *Bulletin de la Société de Radiologie médicale*, une observation de double ulcère gastrique avec adhérences sous-hépatiques ayant déplacé l'angle splénique en dedans de la petite courbure de l'estomac.

Grimault signale, à la séance du 27 juin 1928 de la Société Nationale de Chirurgie, un cas d'ulcère

double du duodénum chez un sujet de 20 ans, diagnostiqué à l'examen de la pièce opératoire.

Dans une observation exposée par P. Bertrand, à la séance de la Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales du 6 février 1929, le malade amené avec un diagnostic d'appendicite aiguë est opéré d'une perforation du pylore. Dix jours après il est atteint d'une hémorragie intestinale qui entraîne la mort. La pièce prélevée à l'autopsie révèle outre l'ulcère du pylore, cause de la perforation, une cicatrice de lésion ulcéreuse ancienne siégeant sur la petite courbure.

En mars 1929, Dubard relate dans la *Bourgogne Médicale* un cas d'ulcère multiple où l'examen de la pièce opératoire montre l'existence de quatre ulcères du corps de l'estomac.

En janvier 1930, Begoin et Magendie présentent à la Société anatomo-clinique de Bordeaux une étude sur les ulcères jumeaux de la petite courbure.

Jules Moreau, rapportant à la séance du 3 mai 1930 de la Société Belge de Gastro-entérologie un cas d'ulcère double, signale que si la lésion de la petite courbure était visible à l'examen radiologique celui-ci laissait sous silence une vaste lésion siégeant à la face postérieure de l'antra. Celle-ci fut découverte à l'examen de la pièce.

Brdiczka relate en mars 1932, un cas d'ulcère triple diagnostiqué à l'examen radiologique et vérifié à l'autopsie.

Le même mois, Lupacciolu dans *La Radiologia*

Medica publie une observation d'ulcères pyloriques « vis-à-vis » diagnostiqués par un examen radiologique pratiqué en projection hémilatérale droite confirmés par l'intervention.

Papin présente le 14 avril 1932, à la Société de Chirurgie de Bordeaux, une pièce de gastrectomie portant des ulcères multiples de la petite courbure. L'intervention était due à une biloculation de l'estomac.

Signalons le cas rapporté au début de la même année, par Creyx et Nancel-Penard, d'exulcérations multiples de la muqueuse gastrique avec melæna terminal chez une femme de 69 ans.

René Gutmann et Georges Lœwy décrivent, à la séance du 12 décembre 1932 de la Société de Gastro-entérologie, une observation curieuse d'ulcère triple. Celui-ci a présenté une symptomatologie et une évolution typique d'ulcère. L'examen radiologique montre une biloculation du corps de l'estomac avec canal de communication médian comme s'il s'agissait d'un cancer. La gastrectomie révèle un ulcère siégeant sur la petite courbure, un autre sur la grande courbure, un troisième à siège duodénal.

Benassi, dans un article de *La Radiologia Medica* d'avril 1933, constate la possibilité de diagnostiquer ou de soupçonner les ulcères doubles et multiples à l'examen radiologique et ceci, avec d'autant plus de fréquence que l'attention est attirée sur cette recherche. Sa propre statistique établie sur 900 cas, diagnosti-

qués radiologiquement, lui a permis de constater 65 lésions doubles et multiples.

Buisson insiste, en novembre 1933, sur la valeur diagnostique des niches multiples seul signe indiscutable de la multiplicité ulcéreuse. Lui-même a observé 3 trois cas d'ulcères duodénaux doubles et triples dans un autre cas, ceci par la méthode de la compression dosée.

Adams publie, dans le *British Medical Journal* du 1^{er} juillet 1933, un cas d'ulcères gastriques multiples.

Dans une communication faite le 3 novembre 1933 que nous rapporte le *Lyon Chirurgical*, René Leriche signale une curieuse pièce opératoire portant 9 ulcères siégeant autour d'une lésion ulcéreuse de la petite courbure.

Blanc et Champagnac présentent, à la séance du 3 octobre 1934, de la Société Médicale et Chirurgicale des Hôpitaux Libres, une observation d'ulcère duodénal coexistant avec 3 ulcères gastriques.

Une lésion ulcéreuse récidivante de la petite courbure, chez un malade opéré d'une perforation d'ulcère pylorique, fait l'objet d'une communication de A. Peycelon, Chapuy et M. Girard, à la séance du 20 février 1935, de la Société de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon.

Le 3 avril de la même année, Palasse et Colas présentent une pièce prélevée à l'autopsie d'un malade mort d'hémorragie digestive non extériorisée. Celle-ci montre à l'examen un, ulcère siégeant sur la petite

courbure, un près du cardia, deux sur la face antérieure, un autre au niveau du pylore.

En janvier 1936, Ruckensteiner consacre un travail à l'étude des altérations ulcéreuses siégeant à la partie supérieure du duodénum. Se basant sur 200 cas radiologiquement examinés, les ulcères doubles lui apparaissent, à ce niveau, comme une règle. Les gros ulcères uniques, dont la position s'écarte de celle habituellement observée, sont dus, selon l'auteur, à la réunion de deux lésions ulcéreuses.

Sur une pièce de gastrectomie, présentée par G. Luquet, à la séance du 13 février 1936, de la Société de Médecine de Paris, on trouve deux ulcères térébrants, l'un antérieur dans le foie, l'autre postérieur dans le pancréas.

Dans le *Journal de Chirurgie*, Christiansen signale, la même année, la prédisposition des malades atteints d'ulcères multiples aux hémorragies massives. A l'autopsie de 16 malades décédés d'hémorragies digestives, il trouve quatre fois des lésions ulcéreuses multiples.

Laporte, à la même époque, à propos d'un double ulcère de la région pylorique avec perforation, étudie, dans le *Bordeaux Médical*, les avantages de la gastrectomie pour ce genre de lésions.

Grimault d'Algrange, le 2 décembre 1936, porte à la connaissance de l'Académie de Chirurgie une observation d'ulcère double du duodénum avec perforation traité par duodéno-pylorotomie. P. Harvier, Lesobre et Jouanneau indiquent, en août 1937, dans

le *Paris-Médical*, la fréquence particulière de l'association des lésions ulcéreuses du pylore avec celles de la petite courbure. Eux-mêmes en publient quatre observations alors qu'ils n'ont pas noté de cas de coexistence d'ulcères du duodénum et du corps de l'estomac.

Dans son ouvrage sur la gastroscopie, Charles Debray montre l'intérêt de ce mode d'exploration pour le diagnostic de la multiplicité ulcéreuse, aussi bien d'ailleurs que pour celui de toute lésion demeurée invisible ou imprécise à l'examen radiologique.

A Lyon, dans une thèse récente, Z. Khayat signale la difficulté présentée par le diagnostic des ulcères multiples et considère la radiographie comme le moyen le plus précieux pour l'établir. Quant au traitement, la résection demeure l'idéal et il faudra toujours s'efforcer de l'appliquer.

Signalons enfin un cas d'ulcère double chez un syphilitique, publié récemment par le docteur Soulès de Buenos-Ayres. Une lésion siégeait sur la face antérieure, près de la petite courbure, l'autre sur la région duodénale. Le diagnostic fut fait à l'examen radiologique et confirmé par la gastrectomie.

III

Statistiques.

Afin de permettre la révision rapide des différentes statistiques parues jusqu'à ce jour nous avons cru devoir les grouper en un tableau.

Renonçant à l'ordre chronologique, il nous a paru plus intéressant de les échelonner par ordre de fréquence.

Goia, Sparchez et Metianu	Etude portant sur 2.700 cas d'ulcères 53 cas d'ulcères multiples	2 %
Tanasesco	226 cas d'ulcères opérés 6 cas d'ulcères multiples	2,6 %
Gosset et Loewy	267 ulcères de la petite courbure opérés 13 cas étaient multiples	4,8 %
Judd et Proctor	87 cas d'ulcères doubles et multiples opérés en 10 ans à la clinique Mayo représentaient sur la totalité des ulcères opérés	6 %
Delore et ses élèves	rapportent 68 observations d'ulcères multiples qui leur donnent un pourcentage de	6 %

Benassi	900 cas d'ulcères gastro-duodénaux 65 cas d'ulcères multiples diagnostiqués radiologiquement	7 %
Khayat	98 cas d'ulcères opérés 8 cas d'ulcères doubles et multiples	8,8 %
Moynihán	statistique portant sur 104 cas 12 cas d'ulcères doubles et multiples	11,5 %
Weiss et Hamant	Si dans les formes aiguës les ulcères multiples existent dans 54 % des cas, pour l'ulcère chronique ils n'en ont trouvé que	13 %
Hurst et Stewart	ont trouvé 12 % d'ulcères doubles et multiples pour l'estomac et 17 % pour le duodénum	14 %
Fenwick	statistique portant sur 867 cas d'ulcères, 10 % étaient doubles, 10 % multiples	20 %
Pinochietto		20 %
Mathieu	34 pièces examinées 7 fois l'ulcère était double	20,5 %
Brinton	463 observations d'ulcères 97 étaient doubles ou multiples	21 %
Moutier et Charles Debray	100 ulcères vus à la radiologie et à la gastroscopie 22 ulcères multiples	22 %
Christiansen	sur 16 malades morts d'hémorragie pour ulcère, 4 cas étaient multiples	25 %
Sturteron et Shapiro	Au cours de 7.700 autopsies trouvèrent 120 ulcères gastriques 34 étaient doubles ou multiples 28,3 % 44 ulcères duodénaux 20 étaient doubles ou multiples 45,4 %	33 %
Nowak	47 cas de résection duodénale 15 ulcères doubles, 2 ulcères triples	36 %

IV

Statistiques personnelles.

Nos recherches personnelles ont porté sur 390 observations d'ulcères gastriques ou duodénaux.

De celles-ci nous n'avons retenu que 108 cas opérés, donc certains, se répartissant ainsi :

Ulcère du bulbe duodéal.....	44
Ulcère de la petite courbure.....	28
Ulcère pylorique	25
Ulcère duodéno-pylorique.....	1
Ulcères doubles ou triples	10

73 malades ont subi la gastrectomie,
35 la gastro-entérostomie.

Pour les ulcères multiples nous relevons :

9 gastrectomies,
1 gastro-entérostomie.

Ainsi, si nous établissons nos statistiques personnelles, sur les *cas opérés*, nous obtenons une proportion

d'ulcères multiples s'élevant à.....	9,25 ‰
si nous nous basons sur les <i>gastrectomies</i>	12,3 ‰
si nous ne tenons compte que des <i>gastro-entérostomies</i>	2,85 ‰

L'étude des statistiques publiées jusqu'à ce jour nous permet de constater que celles donnant le plus fort pourcentage sont basées sur l'observation de pièces de résection ou d'autopsie et sur l'examen direct de la paroi gastrique par la méthode gastroscopique.

Nos observations personnelles montrent le faible pourcentage fourni par la gastro-entérostomie et celui bien plus élevé que donnent les gastrectomies.

Aussi à la lumière des travaux parus sur la multiplicité ulcéreuse, des cas publiés et de ceux rapportés par nous, allons-nous étudier rapidement la valeur des divers examens, clinique, radiologique, gastroscopique et opératoire dans le diagnostic de ce genre de lésions.

Les lésions doubles et multiples de voisinage dont le kissing-ulcer de Moynihan est la forme la plus fréquemment rencontrée ont surtout un intérêt descriptif et ne comportent pas de conclusions pratiques.

Nous nous attacherons donc plus particulièrement, au cours de ce travail, à l'étude des lésions éloignées. Les ulcères doubles siégeant l'un sur la petite courbure, l'autre sur la région duodéno-pylorique retiendront surtout notre attention en raison de leur

fréquence, de leur importance thérapeutique, ils commandent en effet une large résection, et des problèmes étiologiques et pathogéniques qu'ils posent.

V

Observations personnelles d'ulcères doubles et multiples.

OBSERVATION I

Ulcère duodénal + ulcère de la petite courbure. Gastrectomie.

Le malade âgé de 33 ans, entre le 10 mars 1930 à l'hôpital souffrant de douleurs abdominales accompagnées parfois de vomissements.

Le début de ces troubles remonte à 1913 environ. A cette époque le malade ressentait déjà au niveau de l'épigastre des brûlures, ne s'irradiant pas et ne s'accompagnant pas de vomissements, qui survenaient par périodes tous les trois ou quatre mois et duraient une quinzaine de jours.

A partir de 1917, ces douleurs devinrent plus fréquentes, plus violentes, prenant le type de crampes et s'accompagnant de vomissements acides avec rares débris alimentaires, vomissements que le malade provoquait parfois pour calmer ses douleurs.

Actuellement, trois heures à trois heures et demie après le repas de midi ou du soir, apparaissent des crampes gastriques très violentes se terminant fréquemment par un vomissement qui les calme.

On note une hématomèse.

A l'examen : pas de voussure, pas de péristaltisme, mais un point douloureux net à la palpation de la région épigastrique.

Radioscopie : estomac dilaté, le bas-fond prend un aspect en cuvette. On note une contraction immédiate partant du haut de l'estomac et qui n'aboutit pas à l'expulsion.

Le canal pylorique est dilaté ; le pylore transverse.

Au bout de cinq minutes débute le transit pylorique aidé par la pression ; le bulbe est normal, non douloureux.

Tubage :

A jeun : 0.

Après repas : 30 cm³ de liquide épais avec débris alimentaires bien pulvérisés.

$$H = 0.14 \quad A \quad T = 0.94 \quad F = 0.21 \quad C = 0.58$$

Le diagnostic porté est celui d'ulcus prépylorique et sténose spasmodique.

La *gastrectomie* pratiquée par le Dr Pauchet, le 24 mars 1930, montre un ulcère duodénal sténosant et un autre ulcère haut situé sur la petite courbure.

OBSERVATION II

Ulcère du pylore + ulcère de la petite courbure.

Gastro-entérostomie.

Il s'agit d'un homme de 44 ans, souffrant depuis dix ans de pesanteurs épigastriques qui apparaissent une heure après les repas, durent une demi-heure à une heure et ne s'irradient pas.

A des intervalles éloignés de quatre à cinq mois, ces douleurs deviennent plus fréquentes et plus vives. Elles surviennent alors quotidiennement et se terminent par un vomissement alimentaire très acide qui soulage le malade. Deux heures après la crise épigastrique, le malade ressentit une douleur très violente, sensation de torsion siégeant à l'hypocondre droit qui l'obligea à se plier en deux.

A l'examen, on ne trouve ni ondes péristaltiques ni clapotage à jeun.

L'examen radiologique révèle :

- 1^o Un transit très retardé avec un résidu solide et liquide ;
- 2^o Une niche volumineuse de la petite courbure, un bas-fond dilaté en cuvette.

Le pylore est spasmé, le bulbe très mal dessiné.

Tubage :

A jeun : 0.

Après repas : 100 cm³ de liquide avec débris alimentaires mal pulvérisés.

$$H = 1.02 \quad A \quad T = 1,89 \quad F = 0.29 \quad C = 0.65$$

Opéré le 3 avril 1930, par Lapointe.

Grosse vésicule grise atonique.

Ulcus cicatrisé au niveau du pylore ; on pratique l'ablation de la vésicule, puis une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique.

Sur la petite courbure on constate de nombreux voiles membraneux témoins de l'évolution sous-jacent de l'ulcère.

OBSERVATION III

Double ulcère du bulbe duodénal. Gastrectomie.

Le malade âgé de 31 ans, entre en juillet 1931 dans le Service du Dr Ramond pour douleurs épigastriques suivies de vomissements. Six mois auparavant survint une première crise caractérisée par des douleurs à type de crampes siégeant au niveau de la région épigastrique et ne s'irradiant pas.

Celles-ci survenant le matin à jeun étaient suivies et calmées par des vomissements clairs, aqueux, non acides.

Avant ces douleurs nettes, le malade éprouvait une faim continuelle.

Ayant consulté, il suivit alors un traitement et un régime qui lui donnèrent une accalmie de deux mois.

Il y a trois semaines, les douleurs reparurent de nouveau présentant les mêmes caractères mais ne régressant plus sous l'influence du traitement médical.

L'examen ne révèle rien et le foie est normal. Le malade se plaint de constipation continuelle et les selles sont dures, jaune clair, fétides.

Les réactions de Weber et Meyer sont négatives.

Tubage :

A jeun : quelques centimètres cubes de liquide sans débris alimentaires.

Après repas : 160 cm³ de liquide avec débris alimentaires assez bien pulvérisés.

$H = 3,06 \quad A \quad T = 4,23 \quad F = 0,29 \quad C = 0,87$

L'épreuve de Meltzer-Lyon n'a pas donné d'indication.

Radiologie : l'estomac se remplit normalement, mais l'évacuation se fait attendre.

De fortes contractions de l'antrum pylorique au bout d'un certain temps aboutissent à l'évacuation. Le passage bulbaire est fugace. Pas de point douloureux.

Le malade fut alors suivi et le repos et le traitement médical n'ayant pas donné de résultat appréciable, il fut réhospitalisé le 10 avril 1932. Il se décida alors à accepter le traitement chirurgical.

Opéré le 29 avril 1932 on trouva deux ulcères du bulbe. Celui de la face postérieure avait pénétré dans le pancréas.

Une ablation large du bulbe et des deux tiers de l'estomac fut pratiquée amenant une guérison complète.

On a pu déceler chez ce malade des antécédents de spécificité pour lesquels il fut traité à Cochon, trois ans auparavant.

OBSERVATION IV

Ulcère de la petite courbure + ulcère pylorique. Gastrectomie.

Le malade âgé de 57 ans, souffre depuis quatre mois de douleurs très vives localisées au creux épigastrique qui ne s'irradient pas et ne sont pas calmées par les alcalins. On note en outre un peu d'anorexie, une constipation légère, mais ni vomissements ni hématurie, pas de mélæna, pas d'amaigrissement.

Radiologie : un premier examen radioscopique pratiqué le 24 mars 1932 révèle :

Un estomac haut situé à plusieurs travers de doigt au-dessus de la crête.

Le remplissage est hypertonique, hyperkinétique. On trouve en outre, un spasme pré-pylorique persistant pendant tout l'examen.

Une mobilité parfaite de tout l'ensemble.

Un deuxième examen radiologique à la date du 6 décembre 1932 montre :

Un estomac allongé ; le bas-fond se trouve à un travers de doigt au-dessus des crêtes.

L'évacuation se fait lentement.

Gastrectomie pratiquée le 9 décembre 1932, par le Dr Bazy, pour ulcère de la partie moyenne de la petite courbure.

On trouve en outre un pylore induré ; il semble qu'à sa face antérieure il existe une bride cicatricielle comme s'il y avait eu à cet endroit une seconde ulcération.

Examen macroscopique : l'induration pylorique persiste

après ablation de la pièce ; elle est strictement limitée, molle, sans ganglions.

A la coupe, énorme hypertrophie de la région pylorique.

Présence d'un ulcère nettement visible sur la face interne de la petite courbure.

Le malade revu le 1^{er} février 1933 ne souffre plus.

OBSERVATION V

Ulcère pylorique + ulcère de la petite courbure. Gastrectomie.

Le malade, âgé de 38 ans, entre le 10 mars 1933 dans le Service du Dr Bazy pour des douleurs abdominales siégeant au creux épigastrique et survenant vers 11 h. 1/2-12 heures, parfois l'après-midi et réveillant le malade la nuit. Les selles sont striées de sang.

Ces symptômes ont débuté il y a huit ans. D'abord peu intenses, espacés, ils se sont répétés à intervalles de plus en plus rapprochés. Depuis quatre ans surtout les douleurs sont plus vives, les rémissions rares, les vomissements sont apparus et devenus progressivement fréquents et abondants.

Des hématomèses peu abondantes se sont produites au cours de certaines crises.

Le traitement par le régime, les alcalins, le bismuth, amena, il y a deux ans, une rémission qui dura six mois environ. Puis les troubles réapparurent et régressèrent de moins en moins au traitement médical.

L'état général s'altère rapidement et l'amaigrissement devient considérable.

Au moment de l'examen les douleurs sont devenues

vives, continues, sans accalmie même nocturne, quels que soient le régime et le traitement médical. On note une douleur à la palpation au creux épigastrique et à l'hypochondre gauche.

Examen radiologique : la baryte tombe dans l'estomac comme des flocons de neige.

L'estomac est large, il contient une quantité moyenne de liquide de stase. Le bas-fond descend à trois travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques.

La région pyloro-bulbaire paraissant suspecte, on fait une série de clichés qui montre une petite niche pylorique.

Gastrectomie pratiquée le 17 mars, par le Dr Bazy.

Au cours de l'intervention, on trouve au niveau du pylore une ulcération cicatricielle, étoilée, blanchâtre.

A l'examen de la *pièce opératoire* on note deux ulcères :

L'un au niveau de la petite courbure, l'autre au niveau du pylore.

Examen histologique : il s'agit d'ulcères vrais à fond de tissu de granulation.

La paroi gastrique présente en outre, des signes d'inflammation subaiguë et chronique ; elle est dans toute son étendue cedématiée et infiltrée de traînées de lymphangite.

OBSERVATION VI

*Ulcère pylorique + deux ulcères au tiers moyen
de la petite courbure. Gastrectomie.*

Il s'agit d'une femme de 63 ans qui entre dans le Service du D^r Ramond, le 3 octobre 1933, pour des brûlures siégeant dans la région épigastrique et des vomissements alimentaires acides quotidiens.

Elle se plaint, en outre, d'anorexie très marquée avec dégoût électif pour les viandes.

L'asthénie, l'amaigrissement sont intenses ; la malade a perdu plus de 14 kilos en trois mois. *L'examen clinique* ne révèle rien.

La radioscopie montre une cuvette de sténose.

La radiographie indique un estomac biloculaire avec grosse image lacunaire du tiers moyen et une sténose pylorique.

Le diagnostic porté fut celui du cancer gastrique. La malade passa en chirurgie, fut opérée.

On trouva trois ulcères : un au niveau du canal pylorique ; deux autres assez voisins, sur la petite courbure au niveau du tiers moyen.

OBSERVATION VII

Ulcère pylorique + ulcère de la petite courbure. Gastrectomie.

Le malade, âgé de 57 ans, entre dans le Service du D^r Ramond au cours d'une crise douloureuse épigastrique qui a débuté le 17 novembre 1935.

Depuis 1926, il présente des périodes douloureuses durant quatre à cinq jours, séparées par des phases d'accalmie de durée variable : quinze jours, un mois ou plusieurs mois.

Chaque crise se caractérise par des douleurs à type de torsion durant quinze à vingt minutes qui surviennent vers trois ou quatre heures de l'après-midi, siégeant à l'épigastre et s'irradiant vers l'hypocondre gauche et la région lombaire.

Ces douleurs s'accompagnent parfois de vomissements acides, aqueux, exceptionnellement alimentaires.

Depuis 1934, le malade a présenté deux crises douloureuses particulièrement vives.

La première dura du 1^{er} février au 27 mars 1934 ; la deuxième du 17 novembre 1935 au 12 février 1936. Ces deux crises ont été séparées par une phase d'accalmie complète.

Au cours de celles-ci les douleurs surviennent soit immédiatement soit une heure ou deux après le repas de midi, durent jusqu'au repas du soir avec un maximum d'intensité vers seize heures, moment auquel survient un vomissement alimentaire à saveur acide et grasse.

D'abord nulles, puis irrégulières après le repas du soir, les souffrances deviennent, les derniers temps, aussi constantes et aussi vives qu'après celui de midi.

On note en outre de l'asthénie, un amaigrissement considérable. Si aucune hématomatose n'est survenue, quelques crachats sanglants furent constatés une fois.

L'examen révèle seulement une douleur légère dans la région épigastrique.

Radiologie : estomac très allongé, le bas-fond est situé

à quatre travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques et contient une petite quantité de liquide de stase. L'antrum pylorique est très dilaté.

L'estomac est souple, mobile, à contours réguliers. La palpation provoque une douleur au niveau de la région pyloro-duodénale et dans la région bulbaire on voit une niche de face avec disposition stellaire des plis.

Tubage : après repas 40 cm³ de liquide.

H. = 0,73 A. T. = 2,11 F. = 0,36 C. = 1,02

Opéré par le Dr Oberlin le 17 mars 1936.

Le chirurgien note un épaississement marqué du bord supérieur du pylore avec un piqueté hémorragique faisant penser à un ulcus, puis au tiers moyen de la petite courbure un ulcère manifeste.

La pièce ouverte a permis de constater :

I. Au bord supérieur du pylore un ulcère en voie de cicatrisation.

II. Au tiers moyen de la petite courbure un ulcère en cratère large d'environ 5 mm.

OBSERVATION VIII

Ulcère duodénal + ulcère de la petite courbure. Gastrectomie.

La malade âgée de 62 ans entre le 6 novembre 1937, dans le Service du Dr Bazy.

Depuis deux mois elle souffre régulièrement deux à trois heures après chaque repas de douleurs à type de torsion au niveau de l'hypocondre gauche. Celles-ci sont suivies de vomissements brunâtres de saveur fade.

On note un amaigrissement important et une anorexie marquée.

Sept ans auparavant la malade a présenté une douleur analogue pendant deux mois.

L'examen de la région épigastrique ne révèle rien.

L'examen des selles permet de déceler un melæna intermittent.

Sur les clichés *radiographiques* on note une incisure spasmodique transitoire de la grande courbure et une niche plate suspendue lui faisant face sur la petite courbure. La malade s'étant déplacée durant la radiographie, sur la plupart des clichés le bulbe n'est pas visible.

A l'*intervention* on trouve un ulcère siégeant sur la première portion du duodénum dans sa partie juxta-pylorique.

Le pylore sectionné, l'estomac libéré et rabattu sur la gauche on découvre, très haut sur la petite courbure, un ulcère adhérent au pancréas.

OBSERVATION IX

*Ulcère pré-pylorique + ulcère partie moyenne
de la petite courbure. Gastrectomie.*

Le malade âgé de 56 ans entre le 8 décembre 1937, dans le Service du Dr Bazy.

Il souffre depuis une trentaine d'années de brûlures dans la région épigastrique survenant par crises espacées, et de digestions pénibles.

Depuis deux mois le malade ressent des douleurs épi-

gastriques très vives s'irradient dans l'abdomen et parfois dans le dos.

Celles-ci surviennent régulièrement six heures après les repas. Calmées par le repas du soir, elles réapparaissent vers 2 heures du matin, réveillant le malade. Elles sont suivies de vomissements alimentaires très acides qui soulagent le malade.

Le malade n'a pas présenté d'hématémèses ; mais depuis deux mois une constipation opiniâtre l'oblige à user de laxatifs et de lavements.

L'examen indique un amaigrissement marqué et révèle une région épigastrique douloureuse à la palpation.

Examen radiologique : on trouve une quantité marquée de liquide de stase, un bas-fond descendant à un travers de main au-dessous des crêtes iliaques. L'estomac présente un aspect biloculaire, puis des contractions fortes se ralentissant au cours de l'examen et une demi-heure après le début l'estomac prend une forme élargie transversalement en cuvette.

La palpation sous écran indique un point douloureux dans la région juxta-pylorique, le bulbe ne se remplit que partiellement.

La radiographie montre une sténose partielle de la région pyloro-duodénale.

La gastrectomie pratiquée le 30 décembre 1937 montre un ulcère pré-pylorique et un ulcère calleux de la petite courbure entraînant une sténose partielle.

OBSERVATION X

Double ulcère pylorique. Pylorectomie.

Le malade entre, le 3 janvier 1938, dans le Service du Dr Bazy.

Depuis quatorze ans, il souffre, par périodes de quelques jours à plusieurs semaines alternant avec des rémissions de plusieurs mois, de douleurs siégeant dans la région épigastrique et au niveau de l'hypocondre droit.

Ces douleurs, à type de brûlures et de crampes s'accompagnent parfois de régurgitations acides.

Depuis quatre ans, les sédations sont devenues plus rares et moins complètes.

On note en outre, une anorexie légère, un peu de constipation.

L'examen radiologique indique un syndrome de sténose pylorique.

L'intervention montre un estomac distendu. Le pylore et la première portion du duodénum sont englobés dans un bloc d'adhérences qui fixent ces organes au foie et combrent l'arrière-cavité des épiploons.

Examen macroscopique : l'estomac ouvert montre sur le versant duodénal du pylore deux ulcères de 1 cm. de diamètre.

Le huitième jour, après l'intervention, la température s'élève, le pouls s'accélère, le ventre se ballonne. On décide immédiatement de mettre un drain ; il s'écoule une grande quantité de liquide clair, légèrement teinté de bile. Les suites reprennent un cours normal.

VI

Diagnostic clinique.

Le diagnostic clinique de multiplicité ulcéreuse se pose dans deux circonstances extrêmement différentes :

A. — Le malade a déjà subi une intervention pour ulcère, soit gastro-entérostomie, soit gastrectomie limitée et ultérieurement on voit apparaître les signes d'une évolution ulcéreuse.

Le diagnostic se pose alors en :

- a) un ulcère peptique, lésion assez fréquente après gastro-entérostomie ;
- b) le réveil possible de l'ulcère après cette dernière intervention ;
- c) la présence d'une autre lésion ulcéreuse, que celle-ci ait été oubliée dans la gastrectomie, qu'elle soit demeurée inaperçue au cours de la gastro-entérostomie ou enfin, qu'on se trouve en présence d'une nouvelle localisation ulcéreuse.

C'est en particulier, le cas de l'ulcère dit « à bascule » étudié par les auteurs lyonnais où l'on voit succéder à une intervention pour ulcère de la région pyloro-duodénale de nouvelles manifestations ulcéreuses sans troubles de sténose pylorique.

B. — Le malade n'a pas été opéré :

Seul alors un type bien particulier de double localisation, réalisé par les ulcères bi-orificiels, peut se révéler par une symptomatologie clinique particulière.

Les quatre observations qui en furent rapportées par Delore, Compté et Labry nous montrent, après un long passé gastrique qui permet cliniquement de penser à un ulcère de la région pylorique, l'apparition récente d'un syndrome indiquant la présence d'une lésion siégeant dans la région cardiaque.

Dans les cas cités par les auteurs lyonnais, il est à noter que la lésion ulcéreuse du cardia n'est que l'extension d'un ulcère haut situé de la petite courbure et que c'est seulement l'apparition des symptômes, témoignant de l'atteinte de la région cardiaque, qui mit sur la voie du diagnostic de double localisation ulcéreuse.

Encore devons-nous nous souvenir qu'il est bien difficile d'attribuer aux signes de sténose pylorique une valeur diagnostique, ceux-ci pouvant très bien, ainsi que l'ont montré certains travaux relatés par nous dans un chapitre ultérieur, n'être que la mani-

festation d'un spasme réflexe dont le point de départ est un ulcère du corps de l'estomac.

Si l'on excepte cette forme relativement rare, on n'est à peu près jamais amené à penser à la multiplicité ulcéreuse sur les seules données cliniques.

On ne saurait, en effet se baser sur l'horaire plus ou moins tardif, le siège et l'irradiation des douleurs pour attribuer telle crise à un ulcère de la petite courbure, telle autre à une lésion duodénale.

Quant à dire, ainsi que certains auteurs ont pu l'écrire, que seul un des ulcères ait une histoire clinique, alors que l'autre demeure silencieux, ceci est du domaine de l'hypothèse pure.

VII

Diagnostic radiologique.

Ainsi que nous venons de le voir, surtout si l'on ne soupçonne pas systématiquement la possibilité de sa présence, les seules données cliniques mettent bien rarement sur la voie du diagnostic de multiplicité ulcéreuse.

C'est seulement dans quelques cas rares d'ulcères « à bascule » se présentant assez schématiquement que l'examen radiologique peut apporter des documents péremptoires.

Chez un malade qui ne put être opéré en raison d'une volumineuse ectasie aortique, le Dr Chêne déclara au cours de deux examens radiologiques (scopie et graphie), un ulcère du bulbe. Lors d'une nouvelle poussée ulcéreuse survenue *deux ans plus tard*, outre une déformation persistante de la région bulbaire, il eut la surprise de noter une niche de la petite courbure.

Nous regrettons l'impossibilité où nous nous trouvons de rapporter les documents. Se trouve-t-on en

présence d'un ulcère « à bascule » ou dès la première crise, les deux ulcères ne coexistaient-ils pas ?

Dans la pratique radiologique, guidé par une clinique souvent très évocatrice, lorsque les clichés en série montrent des déformations du bulbe on ne prête qu'une attention assez superficielle à la petite courbure et l'on sait le nombre de fois où les ulcères mordant sur une face peuvent passer inaperçus.

Certains aspects peuvent être d'emblée évocateurs d'une double lésion ulcéreuse.

Chez un malade présentant déjà depuis plus ou moins longtemps des troubles de sténose pylorique on constate l'apparition récente d'une symptomatologie œsophagienne qui permet de penser à une lésion ulcéreuse de la région cardiaque de l'estomac.

Ainsi qu'en témoignent les cas d'ulcères doubles bi-orificiels publiés jusqu'à ce jour, celle-ci n'est en général que l'extension d'un ulcère de la petite courbure haut situé.

On peut aussi se trouver en présence d'un malade porteur d'un ulcère de la petite courbure certain, avec niche ou sténose médiogastrique plus ou moins marquée chez lequel on remarque en outre, une gêne pylorique certaine.

Dans ces deux cas on est en droit de se demander si l'on se trouve en présence d'une double localisation ulcéreuse ou si les troubles de sténose pylorique sont simplement dus au retentissement de la lésion sus-jacente.

Notre Maître Félix Ramond et ses élèves Vincent et Clément rapportent, en effet, un cas de sténose complète avec ondulations péristaltiques, tension intermittente, rétention alimentaire abondante et persistante. Le diagnostic de sténose serrée du pylore, consécutive à un ulcère évolutif fut porté. La vérification anatomique montra bien une lésion ulcéreuse, mais celle-ci était située sur le corps de l'estomac sans aucune connexion avec le pylore et ce dernier présentait un simple épaissement sans réaction scléreuse. On se trouvait donc en présence d'une hypertrophie fonctionnelle due à un spasme pylorique plus ou moins continu provoqué par un réflexe dont le point de départ était l'ulcère de la petite courbure.

A une séance de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, Bouchut signale des constatations semblables sans toutefois avoir observé d'hypertrophie sphinctérienne et présente à l'appui de celles-ci trois observations recueillies dans son Service.

La thèse de Delattre sur la fréquence et le mode de troubles d'évacuation gastrique, au cours de l'ulcère de la petite courbure, nous invite aussi à être prudent dans l'interprétation de ces faits. Dans 22 % des cas étudiés par lui il put observer un spasme de la région pylorique avec stase plus ou moins marquée, le tableau se complétant souvent par de fortes ondulations péristaltiques. Parfois aussi, il peut s'agir d'une simple atonie dans un estomac allongé, d'une rétrac-

tion du petit épiploon agissant sur le pylore.

Enfin, il est quelquefois possible, ainsi qu'en témoigne la publication de plusieurs cas, de déceler par l'emploi de méthodes particulières la présence d'ulcères multiples de voisinage.

C'est ainsi qu'Akerlund a signalé l'importance de la compression bulbaire qui lui permit d'observer parfois deux et même trois lésions alors que la radiographie ordinaire ne montrait qu'une seule niche ou même demeurerait muette.

Par la méthode de compression dosée, M. Buisson a pu porter chez trois malades, le diagnostic d'ulcère double du duodénum et d'ulcère triple chez un quatrième.

Dans un cas relaté par la *Radiologia Medica*, G. Lupacciolu put aussi, après trois examens radiologiques négatifs, constater nettement une double ulcération « vis-à-vis » siégeant au canal pylorique. Il fit pour cela coucher le malade sur le trochoscope en projection hémi-latérale droite, le tronc soulevé.

L'examen radiologique peut donc, dans quelques cas rares, permettre le diagnostic de multiplicité ulcéreuse.

Parfois aussi l'observation de certains faits peut amener à penser à la présence d'une double localisation. Ceux-ci doivent être soumis à une analyse prudente, car ils ne sont souvent que de simples retentissements à distance.

VIII

Gastroskopie.

La gastroskopie permettant un examen direct de la paroi gastrique se montre infiniment plus précise et plus riche en résultats.

Dans son ouvrage basé sur l'étude de 100 cas d'ulcère recueillis dans le Service du Professeur Chiray, Charles Debray note que s'il y eut cinquante-six fois concordance entre la radiologie et l'endoscopie il put, par contre, à l'aide de cette dernière méthode objectiver 32 lésions ulcéreuses indécélables à l'écran et sur les clichés. En revanche, dans 2 cas seulement les résultats furent en faveur des examens radiologiques.

Si l'on ne veut retenir de ce travail que ce qui a trait au diagnostic des ulcères doubles et multiples on est tout d'abord amené à constater que les 22 cas relevés par l'auteur offrent un pourcentage bien plus élevé que celui obtenu par les diverses statistiques basées sur la radiologie.

Les lésions multiples de voisinage furent, le plus

souvent, dans les observations rapportées par Debray, révélées par endoscopie. Ainsi qu'il le note, s'il est rare de trouver plusieurs niches, lorsque cette méthode d'examen ne montre qu'un ulcère, il est par contre possible de voir plusieurs lésions alors que radiologiquement on n'était en présence que d'une seule niche : tel le cas où Moutier a pu observer trois ulcères juxtaposés au fond et sur les parois d'une bourse diverticulaire.

L'auteur remarque en outre que, dans les cas de coexistence de lésions ulcéreuses de la petite courbure avec un ulcère duodénal, celles-ci apparues le plus souvent secondairement, sont en général superficielles plates ou fissuraires ce qui explique leur mutisme radiologique et de ce fait le rôle capital de l'endoscopie dans leur diagnostic.

Enfin, cette méthode permet de différencier les poussées évolutives d'un ulcère ancien, de manifestations identiques dues à l'évolution d'une nouvelle lésion.

GASTROPHOTOGRAPHIE.

Les résultats fragmentaires et chanceux de cette méthode font qu'elle présente infiniment moins d'intérêt ; aussi, nous contenterons-nous de la citer.

IX

Diagnostic opératoire.

Ainsi que nous l'avons noté, la symptomatologie clinique révèle exceptionnellement la présence d'ulcères multiples.

La radiologie, même lorsqu'on se livre à une recherche systématique de ce genre de lésions, est loin d'en permettre toujours le diagnostic et les statistiques basées sur ce mode d'examen ne donnent qu'un pourcentage assez faible.

Aussi, la gastroscopie n'étant pas encore entrée dans la pratique courante, c'est l'intervention, le plus souvent, qui permet de déceler la multiplicité ulcéreuse.

En raison de ces faits, il nous paraît intéressant de noter les possibilités d'objectiver une lésion ulcéreuse au cours des différentes phases de l'acte opératoire.

Dans un cas rapporté par nous où fut pratiquée la gastro-entérostomie, l'ulcère de la petite courbure, qui s'était manifesté radiologiquement par une niche,

se confirme par la présence à son niveau de nombreux voiles membraneux témoins d'une lésion ulcéreuse évolutive.

Au cours d'autres interventions on a pu noter la présence de brides cicatricielles d'induration ou parfois d'un simple épaissement.

Cette dernière manifestation n'a d'ailleurs rien de pathognomonique puisqu'un ulcère de la petite courbure peut comme nous l'avons vu déterminer un spasme du pylore avec hypertrophie consécutive ou une attraction cicatricielle.

Souvent ce n'est qu'à une phase plus avancée de l'acte opératoire qu'apparaît la lésion, témoin l'observation VIII où c'est seulement après section du pylore et lorsque l'estomac fut libéré qu'on put repérer très haut sur la petite courbure un ulcère adhérent au pancréas.

Cependant, c'est toujours l'examen direct de la paroi interne qui se montre fructueux, soit au cours de l'intervention soit *surtout* après résection à l'examen de la pièce.

Nombreux sont les cas où seule cette recherche post-opératoire permet de déceler des lésions invisibles pendant la gastrectomie.

Dans deux des huit observations publiées par Khayat, le deuxième ulcère, prépylorique dans l'une, siégeant sur la petite courbure dans l'autre, ne fut observé qu'après l'opération.

Deux observations d'ulcère double sur les dix

rapportées par nous sont également basées sur un examen après résection, la cinquième, où l'ulcère de la petite courbure ne s'objectiva qu'après étalement de la pièce, la dixième où le second ulcère de la région pylorique fut demeuré inaperçu sans l'examen post-opératoire du pylore réséqué.

L. Grimault, dans un cas d'ulcère double du duodénum qui fit l'objet d'un rapport de Louis Houdard à la Société Nationale de Chirurgie, en juin 1928, insiste sur le fait que, si un gros ulcère calleux du bulbe peut être objectivé en cours d'intervention, seul l'examen post-opératoire de la partie réséquée permet de découvrir le deuxième siégeant sur la partie postérieure faisant face au précédent.

De ce cas nous pouvons rapprocher celui cité par Berg, en 1931, dans un journal américain. L'auteur, ayant suturé un ulcère duodénal perforé, voit brusquement son malade succomber, six jours après, à une hémorragie interne due, ainsi que le montre l'autopsie, à une seconde lésion siégeant vis-à-vis de la précédente.

Bertrand en 1929, avait publié un cas pareillement dramatique, où un malade, neuf jours après une intervention, pour ulcère perforé du pylore, succomba à une complication résultant d'un ulcère de la petite courbure qui était demeuré invisible au cours de l'intervention.

Il nous est donc permis de considérer que la différence existant entre notre statistique basée sur la gas-

tro-entérostomie 2,85 % et celle basée sur la gastrectomie 12,3 % n'est pas simplement due à la loi des séries, mais aussi et surtout à la possibilité d'examen complet fournie seulement par ce dernier mode d'intervention.

Nous trouvons d'ailleurs confirmation de ceci dans la statistique communiquée au D^r P. Chêne par le D^r Yves Delagénère qui releva 6 cas d'ulcères doubles sur les 25 ulcères calleux gastrectomisés par lui de 1930 à 1938.

Étiologie.

Nous serons brefs sur ce point, le fait qu'il y ait plusieurs ulcères ne changeant pas le problème général de l'étiologie ulcéreuse.

Cependant certains travaux publiés signalent la fréquence relative de la syphilis chez les porteurs d'ulcères multiples. C'est ainsi que Judd et Proctor ont pu l'observer chez six de leurs malades et que Ducroux l'a notée une fois.

Dans une observation rapportée récemment par le Dr Soulès de Buenos-Ayres nous pouvons, de même, relever la coexistence d'une double lésion ulcéreuse avec une syphilis ancienne.

D'autre part, Delore et ses élèves insistent sur l'influence de la tuberculose dans l'apparition de l'ulcère en général et tout particulièrement des ulcères multiples.

Nous-mêmes n'avons pu déceler aucun antécédent

de tuberculose et il ne nous fut donné de constater, qu'une seule fois, la présence de syphilis.

Etant donné la fréquence de cette affection il nous semble difficile de lui attribuer un rôle étiologique dans le cas observé par nous.

XI

Pathogénie.

En dépit de nombreuses théories aux fortunes diverses variant avec le temps, les courants d'idées et les conceptions physio-pathologiques du moment, les causes profondes des lésions ulcéreuses chroniques demeurent encore inconnues.

Aussi nous semble-t-il intéressant de passer brièvement en revue, les opinions émises sur la pathogénie de l'ulcère chronique afin de voir la mesure dans laquelle la fréquence relative de la multiplicité ulcéreuse peut avoir de l'intérêt.

La *théorie inflammatoire* émise par Cruveilhier où l'érosion folliculaire est considérée comme le premier degré de l'ulcère, érosion point de départ pouvant succéder d'après certains auteurs à une lymphangite ou à une gastrite folliculaire, fut acceptée par W. Fox, Chauffard, Marfan, Henle, Rindfleisch, Balzer.

Dieulafoy lui attribua le rôle principal dans la formation de l'exulceratio simplex et considéra cette

lésion comme le stade initial de l'ulcère simple de Cruveilhier arrêté dans son développement par des hématémèses foudroyantes. A l'appui de cette opinion il signala une observation de Bazy, où l'ulcère simple à l'état de complet développement se voyait à côté de deux ulcérations dont l'une répondait exactement à la description de l'exulceratio simplex.

Gaillard reprenant cette théorie dans sa thèse fut amené à considérer que l'ulcère ne se produit au niveau des plaques de gastrite que lorsqu'une altération des vaisseaux ou leur étouffement par l'infiltration embryonnaire entrave le cours du sang. Le suc gastrique exerce alors son activité sur des éléments privés de circulation sanguine et de ce fait dépourvus d'une alcalinité suffisante leur permettant de résister à l'auto-digestion.

Le rôle possible des *troubles circulatoires* a d'ailleurs été l'objet de nombreuses études.

Rindfleisch, Gerhart, Axel Key, Hedenius, ayant constaté dans certaines observations la coexistence de lésions ulcéreuses et d'infarctus hémorragique ont signalé l'influence de la stase veineuse.

L'importance de l'oblitération artérielle dans l'apparition de l'ulcère chronique fut à l'origine de nombreux travaux, que celle-ci soit due à une embolie comme l'ont noté Lebert, Godivier, Merkel, Bourneville, Durand et Lancereaux, à des troubles athéromateux relevés fréquemment au voisinage des ulcères par Foerster, Cornil et Ranvier ou à une compression ainsi que l'ont remarqué Netter et Hayem.

Si les *traumatismes* déterminent le plus souvent des déchirures à cicatrisation rapide, ils peuvent aussi se trouver à l'origine de lésions ulcéreuses chroniques typiques ainsi qu'en témoigne la publication de certaines observations isolées.

Les expériences de Quincke, Decker, Ritter et Vanni apportent d'ailleurs une confirmation à cette opinion. Schmidt signale l'évolution plus fréquente de la lésion traumatique vers un ulcère chronique dans les régions, telle la petite courbure, où la muqueuse moins mobile ne peut se rétracter et jouer un rôle protecteur suffisant.

Carnot, dans le même sens, note l'importance de l'étendue en surface de la plaie.

De ces cas, dus au traumatisme, on peut rapprocher ceux ayant pour origine l'action de *substances irritantes*, destructrices. Payr, après injection de solution formolée dans les vaisseaux de la paroi put chez divers animaux assister à l'apparition de nécrose évoluant vers l'ulcère en entonnoir, puis vers la lésion calleuse ancienne avec adhérence aux organes voisins.

Loeper a pu aussi, en injectant une macération aqueuse de muqueuse de porc, faire naître une lésion ulcéreuse typique.

Paury montra par diverses expériences l'importance de l'altération sanguine, celle-ci déterminant une baisse de l'alcalinité et ainsi diminuant la résistance de la paroi gastrique à l'attaque par la sécrétion pep-

tique. Celle-ci peut aussi transformer en ulcère chronique, ainsi que l'ont soutenu de nombreux auteurs, une simple érosion, une zone d'infarctus ou de nécrose d'origine infectieuse ou toxi-infectieuse.

Selon certains auteurs c'est dans la présence de *troubles neurotrophiques* qu'on doit surtout voir la cause de la lésion ulcéreuse chronique.

Si Ophuls et Zironi purent, par la section du pneumogastrique, obtenir chez le cobaye des ulcères se rapprochant de ceux de l'homme et Van Ijzeren observer au cours de ses expériences des résultats semblables, Lilla Lion et Theohari enregistrèrent des résultats négatifs. Bouveret signale l'importance d'une sécrétion peptique continue non rythmée par les repas comme à l'état normal.

En présence de ces théories si diverses, Brinton, Jaccoud, puis Mathieu et Moutier sont amenés à considérer l'ulcère chronique comme l'aboutissant d'ulcérations de causes diverses entretenues par *l'association de facteurs multiples* parmi lesquels l'irritation peptique et la gastrite secondaire joueraient un rôle prépondérant.

Les expériences de Mann et ses élèves, sur l'action des sucs duodénaux, biliaire et pancréatique, ouvrent une voie nouvelle à l'étude de la pathogénie ulcéreuse.

Enfin des travaux récents ont révélé l'importance du rôle joué par les *acides aminés* en pathologie gas-

trique, telle l'histidine dont les possibilités thérapeutiques furent mises en lumière par Aron dans sa thèse.

Ces conceptions s'apparentent à la théorie de Leriche qui a montré le rôle de défense joué par la sécrétion de mucus par les cellules caliciformes.

Signalons en terminant une hypothèse ingénieuse, tout récemment émise par Jahiel devant la Société de gastro-entérologie de Paris : celle de la mémoire cellulaire. Lorsqu'il y a eu altération de la muqueuse en un point, celui-ci demeure sensibilisé au choc anaphylactique survenant ultérieurement.

* * *

Il ne nous paraît pas dénué d'intérêt de préciser que les cas retenus par nous présentaient tous les caractères cliniques, évolutifs, macroscopiques et histologiques des ulcères vrais plus ou moins calleux, qu'il ne saurait donc s'agir d'ulcérations d'une gastrite plus ou moins diffuse dont l'étude sort de la question.

Les ulcères multiples, relativement fréquents ainsi que le révèle l'exploration des pièces opératoires, offrent un intérêt pathologique évident.

Leur présence ne saurait en effet se concilier avec celles des hypothèses signalées précédemment qui se fondent sur la constance du siège de l'ulcère, la possibilité de troubles neurotrophiques ou la mémoire cellulaire aux chocs anaphylactiques.

Il est à remarquer que les ulcères multiples demeurent situés dans les régions habituelles des autres ulcères, duodénum, antre pylorique, petite courbure, cardia.

Certains auteurs ont mis en lumière le rôle possible de la gastrite d'un premier ulcère dans l'apparition du second. Si cette opinion paraît vraisemblable dans certains cas, elle semble difficilement devoir être retenue lorsque la deuxième lésion se trouve dans la région bulbo-pylorique. Le facteur topographique invoqué comme élément étiologique de l'ulcère perd de sa valeur en cas d'ulcère double ; la frontière des zones glandulaires n'est pas toujours respectée, le rôle des territoires nerveux ne peut être invoqué.

Si l'hypothèse récemment soutenue par Jahiel est intéressante en cas d'ulcère simple, lorsqu'il y a double localisation on est gêné pour expliquer la seconde, en particulier dans les cas incontestables d'ulcères « à bascule ». Il faudrait qu'il y ait alors non seulement mémoire cellulaire mais aussi choix alternant, ce qui paraît un peu spécieux.

La multiplicité ulcéreuse, la présence fréquente d'anciennes cicatrices révélée chez les porteurs d'ulcères par la gastroscopie et la gastrectomie semblent donc infirmer les hypothèses basées sur la localisation et apportent une preuve de plus du rôle prépondérant joué par la prédisposition tissulaire à ce genre de lésion.

XII

Traitement.

Le traitement médical ne saurait varier en raison du nombre des lésions.

Le régime ne peut en être modifié ; le carbonate de bismuth, le kaolin, la mucine pansent une muqueuse lésée en un ou plusieurs points et les indications des alcalins et des antispasmodiques demeurent les mêmes.

Les traitements plus généraux, qu'ils consistent à introduire dans l'organisme des acides aminés, en particulier l'histidine, des extraits parathryoïdiens, surrénaux ou post-hypophysaires, cherchent à modifier des sécrétions, un terrain, une déficience tissulaire qui permirent la ou les localisations de l'affection au cours de poussées évolutives.

Il en est de même de la protéinothérapie, qu'elle soit employée à doses progressivement croissantes dans un but de modification humorale ou massives afin d'obtenir un choc, de la vaccinothérapie par

stock ou auto-vaccins qui atténueraient les paroxysmes douloureux et espaceraient les poussées évolutives.

* * *

Si le nombre et la situation des lésions ulcéreuses n'offrent que peu d'intérêt lorsqu'on se borne à un traitement purement médical, il n'en est pas de même quand l'intervention est indiquée.

La fréquence relative des ulcères doubles et multiples et le fait que seul, le plus souvent, l'examen post-opératoire de la pièce réséquée permet d'en révéler la présence montre toute l'importance de la gastrectomie.

Par une intervention palliative ou limitée on est en effet, toujours exposé à laisser dans l'ombre une seconde lésion et ceci avec l'éventualité de conséquences graves telles celles rapportées par Berg et Bertrand.

L'apparition ultérieure possible d'un nouvel ulcère n'est pas non plus sans intérêt.

Enfin, la résection seule peut mettre le malade à l'abri d'une évolution cancéreuse de la lésion, évolution assez fréquente pour l'ulcère de la petite courbure et qui, même existante, ne peut souvent à ses débuts se révéler que par l'examen histologique.

Kühn, signale en effet que sur 18 estomacs arrivés simplement avec un diagnostic d'ulcère il put objectiver microscopiquement un épithélioma.

XIII

Conclusions.

I. — L'examen des diverses statistiques publiées sur la fréquence de la multiplicité ulcéreuse nous permet de constater des différences de pourcentage assez marquées.

Ceci est dû peut-être, pour une part, au hasard, mais aussi à l'attention inégalement portée par les auteurs dans cette recherche et surtout au mode d'exploration employé.

II. — Si les seules données cliniques amènent bien rarement à penser à l'évolution d'ulcères multiples, il est possible dans quelques cas d'objectiver ce genre de lésions à l'examen radiologique.

Il faut toutefois analyser prudemment certains faits qui ne sont que des retentissements à distance.

III. — Si la gastro-entérostomie a pu parfois permettre le diagnostic, c'est l'examen direct de la surface de la paroi muqueuse par la gastroscopie et surtout par l'étude de la pièce opératoire étalée *après gastrectomie* qui permet seul de faire le bilan exact des lésions. On ne doit retenir, pour apprécier la fré-

quence absolue des ulcères doubles et multiples, que les cas comportant une exploration anatomique complète.

IV. — La présence relativement fréquente de plusieurs ulcères (dans nos statistiques personnelles 9,25 % des cas opérés, 12,3 % si l'on ne retient que les gastrectomies), soit simultanés soit successifs sur un même estomac apporterait une preuve de plus si besoin était du rôle capital joué dans la pathogénie ulcéreuse par la maladie tissulaire générale de la paroi gastrique.

Chaque lésion n'apparaît alors que comme la manifestation locale d'une maladie générale évoluant par poussées.

V. — Lorsque l'intervention est indiquée, la gastrectomie seule paraît susceptible de supprimer les deux localisations possibles ou de mettre le malade à l'abri d'un deuxième ulcère.

C'est elle seule qui permet d'ailleurs de déceler sur la pièce un ulcère demeuré inaperçu au cours des explorations et même de l'intervention.

Vu : le Président de la thèse,
CHIRAY.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Adams.* — Un cas d'ulcères gastriques multiples (British Medical Journal, n° 3782, 1^{er} juillet 1933).
- Aron.* — Recherches sur l'ulcère expérimental et sur le rôle des acides aminés dans leur évolution (Thèse de Strasbourg, 1933).
- Begoin et Magendie.* — Ulcères jumeaux de la petite courbure (Bordeaux Chirurgical, juillet 1930, p. 189).
- Benassi (E.).* — Les ulcères gastro-duodénaux doubles ou multiples (La Radiologia Medica, avril 1933, n° 4, pp. 443-460, 26 fig.).
- Berg.* — Complications successives d'un cas d'ulcère double du duodénum (The Surgic. Chir. North America, juin 1934, p. 543).
- Bertrand.* — Sur un cas d'ulcère double du pylore et de la petite courbure ayant par ses complications déterminé la mort (Lyon Médical, 1929, p. 657).
- Blanc (J.) et Champagnac.* — Un ulcus duodénal et trois ulcus gastriques chez le même sujet (Soc. Méd. Chir. des Hôpitaux libres. Séance du 3 octobre 1934 ; in Archiv. Hospitalières, n° 6, 1934).
- Bonnamour et Amic.* — Ulcère double de l'estomac et abcès sous-phrénique (Soc. de Médecine de Lyon, 25 mai 1927).
- Borch (E.) et Johnsen.* — Un cas d'ulcère peptique double du jéjunum (Acta chirurgica Scandinavica, 17 avril 1935).

- Bouchut et Durand.* — Ulcus duodéno-pylorique coexistant avec deux ulcus de la petite courbure gastrique (Soc. des Sciences Médicales de Lyon, 25 juin 1913, in Lyon méd., 1913, p. 763).
- Brdiczka.* — L'image radiologique des niches accessoires de l'ulcus gastrique (Fortschr. a. d. geb. d. Roentg., mars 1932, n° 3, pp. 339-341, 3 fig.).
- Brin.* — Ulcères multiples de l'estomac déterminant biloculation. Large résection médio-gastrique. Guérison (Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie, 1920, p. 213).
- Buckstein.* — Ulcère à la fois gastrique et duodénal (Journ. of the Am. Med. Ass. Chicago, 1925, LXXXIV, 18).
- Cade et Bouysset.* — Double ulcus en vis-à-vis géant et perforant (L. M., 1929, I, 792).
- Cadenat.* — Ulcère double du duodénum avec perforation (Société anat., 14 février 1920).
- Chêne et Gorse (J.).* — Réflexions sur 50 ulcères de la petite courbure (Cahiers de gastro-entérologie de Paris, n° 13, 15 novembre 1935, p. 3).
- Christiansen.* — Rapport sur l'autopsie de 16 malades décédés d'hémorragie gastrique (Journ. de Chirurgie, 1936).
- Cioni (Pise).* — Sur deux cas de cancer primitif de l'estomac à origine indépendante (La Riforma Medica, an. 51, n° 14, 6 avril 1935; p. 512-525).
- Creys et Nancel-Penard.* — Exulcération multiple de la muqueuse gastrique chez une femme de 69 ans, méléna terminal (Soc. Anatomoclin. de Bordeaux. Séance du 2 février 1932).
- Debray (C.).* — La pratique de la gastroscopie dans le diagnostic et la conduite du traitement de l'ulcère de l'estomac (1 vol., 1937).
- Delattre (G.).* — Réflexions sur les troubles de l'évacuation gastrique dans l'ulcère de la petite courbure (Thèse Paris, 1934).

Delore (X.), Compte (X.) et Labry (R.). — Ulcères doubles bi-orificiels de l'estomac (Lyon Médical, 1925, CXXXVI, 51, 7).

— Ulcères doubles bi-orificiels de l'estomac (Arch. des Mal. de l'Appar. de Dig. et de Nutrition. Paris, 1937, XVI, 3, 376).

Delore (X.) et Girardier (J. de). — Ulcère double de l'estomac à siège éloigné : ulcères pyloriques et juxta-cardiaques associés (Lyon Médical, 1926, CXXXVII, 1, 209).

Delore (X.), Mallet (Guy) et Ducroux. — Les ulcères conjugués du pylore et du corps de l'estomac (Presse Médicale. Paris, 1926, 7, 8, n° 6, p. 996).

Delore (P.), Mallet (Guy) et Vachey. — Les formes multiples et récidivantes de l'ulcère de l'estomac (Lyon Chirurgical, 1926).

Diodes. — Doubles ulcus gastriques et adhérences sous-hépatiques ayant déplacé l'angle splénique en dedans de la petite courbure de l'estomac (Bull. de la Soc. de Radiologie Méd., 1927, 140-229).

Dubard (J.). — A propos d'un cas d'ulcères multiples de l'estomac (Bourgogne Médical, n° 3, mars 1929).

Ducroux. — Les ulcères du pylore et du corps de l'estomac. Thèse Lyon, 1925.

Duverger (J.) et Dax (C.). — Sur un cas d'ulcère double du pylore et du cardia (Journ. Médic. de Bordeaux, 1923, t. LIII, p. 840).

Goia, Sparchez et Metianu. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'ulcère gastrique et duodénal par rapport à 2.700 cas (J. Belge de G. E., février 1938).

Gosset et Læwy. — Etude sur les ulcères de la petite courbure (Presse Médicale, 19 juin 1929).

Grimault. — Ulcère double du duodénum chez un sujet de 20 ans. Duodéno-pylorectomie. Résultat éloigné (Bull. et Mém. Soc. Nationale de Chirurgie, 7 juillet 1928, p. 941).

- Ulcère double du duodénum. Perforation, duodéno-pylor-rectomie. Guérison (Mém. de l'Acad. de Chir., n° 31, séance du 2 décembre 1936).
- Gutmann (R.) et Læwy (G.).* — Estomac biloculaire par double ulcère (Société de Gastro-entérologie de Paris. Séance du 12 décembre 1932).
- Gutmann (R.).* — Les syndromes douloureux de la région épigastrique.
- Harvier (P.), Lesobre (R.) et Jouanneau (P.).* — Ulcères associés du pylore et de la petite courbure (Paris Médical, 14 août 1937, p. 121).
- Jeanne.* — Sténose médiogastrique et sténose pylorique associées (Normandie Médicale, 1923, t. XXIV, p. 119).
- Judd (E. S.) et Proctor (O. S.).* — Multiples gastric ulcers (Med. J. A. Rec. New-York, 1925, CXXII, 93).
- Keen (R. A. Mac).* — Multiple ulcers of the duodenum and stomach ; with diverticulum of the duodenum perforation of the duodenum and pulmonary infarct. (Canada M. Ass. J. Toronto, 1925, XV, 407).
- Khayat (Z.).* — Les ulcères multiples de l'estomac et du duodénum. Thèse Lyon, 1937.
- Laporte.* — Ulcère perforé de la paroi antérieure de l'antrum pylorique coexistant avec un ulcère de la face postérieure. Gastrectomie (Bordeaux Chirurgical, 1936, p. 237).
- Leriche (R.).* — Neuf ulcères autour d'un gros ulcère biloculant de la petite courbure. Pièce de gastrectomie (Lyon Chirurgical, 1934, p. 259).
- Leriche, Fontaine et Hermann.* — Ulcère expérimental après énévation gastrique (Soc. biologie de Strasbourg, 12 juin 1931).
- Leriche.* — Pathogénie de l'ulcère peptique post-opératoire (Rapp. XL^e Congrès de Chirurgie, 1931).

- Lupaccioli (G.)*. — Un cas d'ulcère pylorique « vis-à-vis » (*Radiologia medica*, mars 1932, n° 3, p. 344-347, 3 fig.).
- Luquet (G.)*. — Estomac atteint de deux ulcères térébrants. Présentation de pièce (*Bull. et Mém. Soc. de Médecine de Paris*. Séance du 12 février 1936, p. 85).
- Mathieu*. — Ulcère perforé de la face antérieure du pylore coexistant avec ulcère calleux de la face postérieure. Pylorectomie (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurg.*, 1923, p. 1124).
- Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin.
- Mayo*. — Ulcère chronique de l'estomac et de la première portion du duodénum probablement consécutive à une obstruction duodénale chronique (*Jour. of Amer. Med. Ass.*, octobre 1905).
- Moreau (J.)*. — Quelques réflexions à propos d'un cas d'ulcus multiples de l'estomac (*Soc. belge de Gastro-entérologie*. Séance du 3 mai 1930).
- Moutier (F.)*. — L'évolution de l'ulcère gastro-duodéal d'après 628 cas personnels (*Société de Gastro-entérologie de Paris*. Séance du 8 février 1932).
- Palasse et Colas*. — Ulcères multiples de l'estomac avec hémorragies (*Soc. Nat. de Méd. et Soc. Méd. Lyon*, 3 avril 1935, in *Presse médicale*, n° 38, 11 mai 1935).
- Papin (F.)*. — Ulcères multiples sur une pièce de gastrectomie pour estomac biloculaire (*Soc. chirurg. Bordeaux et du Sud-Ouest*. Séance du 10 avril 1932. *Journ. de Méd. Bordeaux*, n° 24, 10 septembre 1932).
- Ulcères multiples de la petite courbure de l'estomac (*Gaz. hebdomadaire de la Soc. Méd. de Bordeaux*, n° 16, 22 avril 1934, p. 242).
- Panchet (Victor)*. — Ulcus gastrique. Les ulcus multiples, les ulcus latents, les faux ulcus hémorragiques (*Journ. de Méd. de Paris*, 47^e année, n° 20, 19 mai 1927, p. 398).
- Peycelon (A.)*, *Chapuy et Girard (M.)*. — Ulcère récidivant de la petite courbure chez un malade opéré d'une perfo-

- ration d'ulcère pylorique. Gastrectomie (Soc. Nat. de Méd. et des Sciences Méd. de Lyon, séance du 20 fév. 1935).
- Portis et Portis (S. A.)*. — Multiples peptic ulcers (H. Radiolo Olmaln, 1923, IV, 151-153).
- Ramond, Vincent et Clément*. — Spasme pylorique continu et dilatation gastrique (Soc. Méd. Hôp. de Paris, 7 mai 1920).
- Ramond (F.)*. — Le pyloro-spasme (Presse Médicale, 5 mai 1920).
- Ramond (Félix)*. — Les maladies de l'estomac et du duodénum.
- Raul*. — Ulcère de la face antérieure de l'estomac coexistant avec un ulcère de la grande courbure (XXXVI^e Congrès français de Chirurgie, octobre 1927).
- Ruckensteiner (E)*. — Sur les altérations ulcéreuses à la partie supérieure du duodénum, avec considération particulière des ulcères doubles (Beitr. J. Klin. Chir., 18 janvier 1936).
- Sturteron et Shapiro*. — Ulcères gastriques et duodénaux rencontrés dans 7.700 autopsies (Arch. of Internat. Medicine, vol. XXXVII, 15 février 1926).
- Tanasesco (de Jassy)*. — Rapport sur 226 opérations pour ulcère gastrique ou duodénal (Bull. et Mém. de la Société Nationale de Chirurgie. Séance du 27 juin 1928).
- Verbrycke (J. R.)*. — Multiple and recurrent ulcers of the stomach and duodenum (South M. J. Birmingham, 1925, XVIII, 324).
- Viannay*. — Ulcère de la petite courbure ayant déterminé une sténose du pylore et une biloculation de l'estomac (Loire Médicale, Saint-Etienne, 1924, t. XXXVIII, p. 164-169).
- Weiss et Hamant*. — Les ulcères multiples de l'estomac (Soc. de Méd. de Nancy, 14 février 1920 ; Revue Médicale de l'Est, 1920, p. 218).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
I. — Introduction.....	15
II. — Historique.....	16
III. — Statistiques.....	25
IV. — Statistiques personnelles	27
V. — Observations personnelles d'ulcères doubles et multiples	30
VI. — Diagnostic clinique.....	44
VII. — Diagnostic radiologique	47
VIII. — Gastroskopie	51
IX. — Diagnostic opératoire.....	53
X. — Etiologie.....	57
XI. — Pathogénie.....	59
XII. — Traitement.....	65
XIII. — Conclusions.....	67
Bibliographie	69



